

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TRANSPORTES COALIASTRANS S.A.	1791842812001	93241
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	PEDRO MONCAYO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	PICHINCHA	QUITO
		NÚMERO
		S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.LOS ESTADIOS 4 ESQUINAS	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE LAS 4 ESQUINA	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
		131035
CORREO ELECTRÓNICO 1	mrcepeda_25m@hotmail.com	TELEFONO 2
		131035
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@soltricon.com	CELULAR
		0996826972
SITIO WEB		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	PEDRO MONCAYO
-----------	-----------	--------	---------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RODRIGUEZ MALEZA LUIS FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712471505
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/7/15 12:00 AM	CANTON	PEDRO MONCAYO
		PARROQUIA	MALCHINGUI
CIUDADELA		BARRIO	MALCHINGUI
CALLE	24 DE MAYO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	EL ROSARIO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	S/N	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL UPC DE PUELLARO
CORREO ELECTRÓNICO	fernandorodriguez1980@hotmail.com	TELEFONO	2775485
		CELULAR	0997079035

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.